

اضطراب الصمت الانتقائي وعلاقته باضطراب الرهاب الاجتماعي للتلاميذ ذوي

صعوبات التعلم من وجهة نظر الام

أ.م.د. عامر عباس عزيز

كلية التربية الأساسية - قسم التربية الخاصة

aamera.edbs@uomustansiriyah.edu.iq

مستخلص البحث: استهدف البحث الحالي التعرف على اضطراب الصمت الانتقائي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم و تعرف الفروق في اضطراب الصمت الانتقائي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم على وفق متغير النوع (ذكور-إناث). والتعرف على اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم و تعرف الفروق في اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم على وفق متغير النوع (ذكور-إناث). والتعرف على طبيعة العلاقة بين اضطراب الصمت الانتقائي و اضطراب الرهاب الاجتماعي و اجري البحث على عينه مكونه من (118) من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم في المرحلة الابتدائية الدارسين في مدارس محافظة بغداد التابعة لمديرية الكرخ الثالثة والذين تتراوح اعمارهم من(7-9) ومن كلا الجنسين وللعام الدراسي(2024-2025). قام الباحث بتبني مقياس الناشي وناصر (2018) وقام ببناء مقياس اضطراب الرهاب الاجتماعي واستخرجت لهم الخصائص السايكومترية واطهرت النتائج 1. أن عددًا كبيراً من التلاميذ (101 من أصل 118) يعانون من اضطراب الصمت الانتقائي بدرجات تفوق المتوسط الفرضي. 2. عدم وجود فروق دالة إحصائية في الصمت الانتقائي تبعاً للجنس 3. أن التلاميذ يعانون من درجات مرتفعة في الرهاب الاجتماعي مقارنة بالمتوسط الفرضي 4. وجود فروق دالة في الرهاب الاجتماعي لصالح الإناث 5. ان معامل ارتباط بيرسون ($r = 0.81$) وجود علاقة موجبة قوية بين الاضطرابين.

الكلمات المفتاحية: الصمت الانتقائي، الرهاب الاجتماعي، ذوو صعوبات التعلم .

التعريف بالبحث

مشكلة البحث

يُعد اضطراب الصمت الانتقائي من الاضطرابات النمائية النادرة التي تظهر عادة في مرحلة الطفولة المبكرة، ويتصف بعجز الطفل عن التحدث في مواقف اجتماعية معينة رغم قدرته الطبيعية على الكلام في مواقف أخرى. وغالباً ما يتم تشخيص الأطفال المصابين به بشكل خاطئ على أنهم خجولون أو معاندون. وتزداد أهمية هذا الاضطراب في البيئات التعليمية، حيث يُلاحظ لدى بعض التلاميذ - خصوصاً ممن لديهم خصائص تعليمية خاصة - ميل واضح للصمت داخل الفصول الدراسية، مما يؤثر في تفاعلهم الأكاديمي والاجتماعي. (Shipon-Blum, 2012: 7)

تشير الأدبيات النفسية إلى وجود علاقة قوية بين الصمت الانتقائي واضطراب الرهاب الاجتماعي، حيث يُظهر الأطفال المصابون بالصمت الانتقائي درجات مرتفعة من القلق المرتبط بالمواقف الاجتماعية، وتحديدًا الخوف من التحدث أمام الآخرين، وهو ما يتقاطع مع السمات الجوهرية للرهاب الاجتماعي. ونتيجة لهذا التداخل، أعادت الجمعية الأمريكية للطب النفسي تصنيف الصمت الانتقائي في (DSM-5 (2013) ضمن اضطرابات القلق، مؤيدةً الفرضية القائلة بأنه شكل مبكر من اضطراب القلق الاجتماعي. (American Psychiatric Association, 2013: 195)

يتزايد القلق المهني والأكاديمي من انتشار الصمت الانتقائي بين التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، والذين قد يُظهرون درجات متفاوتة من القلق عند التفاعل في البيئات التعليمية. فهؤلاء التلاميذ يعانون بالفعل من تحديات إدراكية أو لغوية أو أكاديمية، ويزيد من معاناتهم ظهور أعراض الصمت الانتقائي، مما

يؤدي إلى ضعف في التعبير عن احتياجاتهم التعليمية، وانسحاب اجتماعي داخل الصف، وانخفاض في التحصيل الدراسي. وتُظهر الدراسات أن هؤلاء التلاميذ أكثر عرضة لتطوير أنماط سلوكية تجنبية، مثل الرهاب الاجتماعي، نتيجة لتكرار الفشل والشعور بالنقص

(Vecchio & Kearney, 2005: 135)

وفي دراسة أجراها (McInnes et al, 2004) على تلاميذ يعانون من الصمت الانتقائي، تبين أن هؤلاء التلاميذ يعانون من ضعف شديد في التحصيل الدراسي، بسبب قلة مشاركتهم الصفية وعدم قدرتهم على التفاعل مع المعلمين، وهو ما يُضعف قدرتهم على إظهار إمكاناتهم الأكاديمية. وعند ربط ذلك بصعوبات التعلم، فإن الأثر المضاعف يصبح واضحاً: صعوبات معرفية تقابلها صعوبات تواصلية، الأمر الذي يُبرز أهمية البحث الحالي في الكشف عن جذور هذا القصور التفاعلي.

(McInnes et al., 2004: 168) في دراسة (Elizur & Perednik, 2003) التي ركزت على فعالية التدريب السلوكي لمعلمي الأطفال المصابين بالصمت الانتقائي، أظهرت النتائج تحسناً في التواصل الكلامي للأطفال بعد تدريب المعلمين على طرق التفاعل والدعم غير الضاغط. هذه النتائج تعزز أهمية البحث الحالي، لأنه من خلال فهم العلاقة بين الصمت الانتقائي والرهاب الاجتماعي، يمكن تطوير برامج إعداد مهني تستهدف المعلمين في فصول صعوبات التعلم بشكل خاص.

انطلاقاً مما سبق، تتمثل مشكلة البحث الحالي في التساؤل (Elizur & Perednik, 2003: 652) الرئيس التالي: "ما طبيعة العلاقة بين اضطراب الصمت الانتقائي والرهاب الاجتماعي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم؟ وهل يسهم أحدهما في التنبؤ بالآخر؟"

أهمية البحث

يُعد اضطراب الصمت الانتقائي من الاضطرابات النفسية النمائية المعقدة التي تُصيب الأطفال عادةً في المرحلة المبكرة من التعليم، ويظهر من خلال عجز الطفل عن التحدث في مواقف اجتماعية معينة - كالمدرسة - رغم قدرته على التحدث بطلاقة في مواقف أخرى مثل المنزل. ووفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5)، فإن هذا الاضطراب لا يُعزى إلى أسباب لغوية أو طبية، بل يُصنّف ضمن اضطرابات القلق ويستمر لفترة لا تقل عن شهر، ما يؤثر سلباً على الأداء الأكاديمي والاجتماعي للطفل (American Psychiatric Association, 2013: 195).

من جهة أخرى، يُعد الرهاب الاجتماعي (القلق الاجتماعي) من أكثر اضطرابات القلق شيوعاً بين الأطفال والمراهقين، ويتميز بخوف مفرط ومستمر من التفاعل مع الآخرين أو التعرض للتقييم الاجتماعي، وقد يؤدي إلى تجنب الأنشطة الصفية أو المواقف الاجتماعية عموماً. ويؤكد DSM-5 أن هذا الاضطراب يجب أن يستمر لمدة ستة أشهر على الأقل ليتم تشخيصه، وأنه يُسبب تراجعاً كبيراً في الأداء الاجتماعي أو المدرسي (American Psychiatric Association, 2013: 202-203).

تكمن الإشكالية في أن الصمت الانتقائي والرهاب الاجتماعي يشتركان في العديد من الأعراض السلوكية والنفسية، مما يُصعب التمييز بينهما في بعض الحالات، خصوصاً لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم الذين يواجهون تحديات إضافية على المستويين الأكاديمي والتواصلية. وقد أظهرت الدراسات أن الأطفال المصابين بالصمت الانتقائي غالباً ما يعانون أيضاً من أعراض الرهاب الاجتماعي، مما يشير إلى احتمال وجود علاقة سببية أو تداخل بين الاضطرابين

(Capozzi et al., 2018: 6). كما إن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يمثلون فئة تعليمية خاصة تتسم بوجود صعوبات مستمرة في مجالات مثل القراءة أو الكتابة أو الحساب، بالرغم من تلقي تعليم موجه ومناسب. وتشير الأدبيات النفسية إلى أن هذه الفئة أكثر عرضة للقلق الاجتماعي بسبب تراجع الثقة بالنفس، والتعرض للتقييم السلبي من قبل الزملاء والمعلمين، مما يضاعف احتمالية ظهور أعراض اضطرابات مثل الصمت الانتقائي أو الرهاب الاجتماعي

(American Psychiatric Association, 2013: 66-71).

وقد بينت دراسة (Black & Uhde 1995) أن الأطفال المصابين بالصمت الانتقائي يُظهرون مستويات مرتفعة من العزلة الاجتماعية، ويواجهون درجات عالية من الرفض من قبل أقرانهم، الأمر الذي قد يؤدي إلى تداعيات نفسية طويلة الأمد، خصوصاً في حال وجود صعوبات تعلم مرافقة، ما يؤكد أهمية التدخل المبكر في هذه الحالات (Black & Uhde, 1995: 646).

وعلى الرغم من وجود بعض الدراسات التي تناولت اضطراب الصمت الانتقائي أو الرهاب الاجتماعي بشكل منفصل، إلا أن الأبحاث التي درست العلاقة بين الاضطرابين داخل فئة ذوي صعوبات التعلم تظل نادرة. وقد أشار (Cohan et al., 2006) إلى أن دراسة التداخلات النفسية والسلوكية بين هذين الاضطرابين ضمن بيئة تعليمية خاصة يُعد مجالاً مهماً وغير مستكشف بشكل كافٍ في الأدبيات النفسية العربية (Cohan et al., 2006: 738). ومن الناحية النظرية، يسعى هذا البحث إلى تقديم إطار تفسيري يُدمج بين الجوانب النفسية واللغوية والتربوية لفهم طبيعة العلاقة بين الصمت الانتقائي والرهاب الاجتماعي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم. فكل من الاضطرابين يتميز بالتجنب الاجتماعي والقلق المرتبط بالمواقف التفاعلية، إلا أن الفجوة المعرفية لا تزال قائمة حول العلاقة بينهما في إطار الصعوبات التعليمية (Stein et al., 2001: 106).

أما من الناحية الإكلينيكية، فتتمثل أهمية هذا البحث في إمكانية تطوير أدوات تشخيصية دقيقة تساعد الأخصائيين والمعلمين على التمييز بين حالات الصمت الناتجة عن اضطرابات نفسية وبين مظاهر سلوكية أخرى مثل الخجل أو العناد. كما يُمكن أن تساهم نتائج البحث في تصميم برامج تدخل مبكرة تهدف إلى تحفيز التفاعل اللفظي وتقليل مظاهر التجنب، خاصة أن التدخل المبكر أثبت فعاليته في تقليل حدة الأعراض لدى الأطفال (Shipon-Blum, 2012: 92).

وعلى المستوى التطبيقي، فإن هذا البحث يُعد مرجعاً عملياً لمعلمي التربية الخاصة، حيث يوفر قاعدة معرفية تساعدهم على فهم أسباب الصمت اللفظي داخل الصفوف الدراسية، وتجنب إساءة تفسيره. كما يمكن أن يدعم البحث القرارات التربوية والإرشادية التي تُراعي احتياجات هذه الفئة، وتسعى لتوفير بيئة صافية آمنة نفسياً تُعزز التواصل والانتماء (Vecchio & Kearney, 2005: 139).

وفي السياق ذاته، تبرز أهمية هذا البحث في إطار الجهود الرامية إلى تعزيز مبدأ الدمج المدرسي من خلال تسليط الضوء على العوامل النفسية الخفية التي قد تُعيق اندماج التلاميذ ذوي صعوبات التعلم. ففهم العلاقة بين الصمت الانتقائي والرهاب الاجتماعي يمكن أن يُوجّه الإدارات التعليمية نحو تحسين بيئة الصفوف الدراسية وتهيئة مناخ نفسي داعم يُخفف من مشاعر القلق والتجنب لدى هؤلاء التلاميذ (American Psychiatric Association, 2013: 195).

مما تقدم تتضح أهمية البحث بما يأتي:

1. يُعد هذا البحث من الدراسات القليلة التي تتناول العلاقة بين اضطرابي الصمت الانتقائي والرهاب الاجتماعي لدى فئة ذوي صعوبات التعلم، وهي زاوية بحثية نادرة في الأبحاث النفسية والتربوية العربية.

2. يُقدم البحث إطاراً تفسيرياً متكاملًا يدمج بين النظريات النفسية (للاضطرابات) والجوانب التعليمية (صعوبات التعلم) لفهم السلوكيات التفاعلية للتلاميذ داخل الصف.

3. يساعد في تمييز الصمت الانتقائي عن مظاهر الخجل أو العناد، ويوفر أداة تشخيص دقيقة للأخصائيين النفسيين ومعلمي التربية الخاصة في التعامل مع حالات الصمت داخل الصفوف الدراسية.

4. يُعزز تصميم برامج تربوية وعلاجية مبكرة تستهدف الحد من أعراض القلق الاجتماعي وتشجع على التفاعل اللفظي لدى الأطفال، بناءً على فهم علمي للعلاقة بين الاضطرابين.

5. يساهم في تعزيز مفهوم الدمج التربوي من خلال كشف العوامل النفسية الخفية التي تُعيق تفاعل التلاميذ ذوي صعوبات التعلم داخل المجتمع المدرسي، مما يساعد في تهيئة بيئة صافية آمنة ومحفزة.
6. يتماشى البحث مع توجهات علم النفس الحديث التي تركز على البحث في التداخلات بين الاضطرابات النفسية وفهم العلاقة بينها لتقديم خدمات أكثر تكاملاً وفعالية.
اهداف البحث: يستهدف البحث الحالي ما يأتي:

1. التعرف على اضطراب الصمت الانتقائي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم
 2. تعرف الفروق في اضطراب الصمت الانتقائي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم على وفق متغير النوع (ذكور-إناث).
 3. التعرف على اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم
 4. تعرف الفروق في اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم على وفق متغير النوع (ذكور-إناث).
 5. التعرف على طبيعة العلاقة بين اضطراب الصمت الانتقائي و اضطراب الرهاب الاجتماعي
- حدود البحث:** تحدد مجتمع البحث الحالي بتلاميذ ذوي صعوبات التعلم في المرحلة الابتدائية الدارسين في مدارس محافظة بغداد التابعة لمديرية الكرخ الثالثة والذين تتراوح اعمارهم من (7-9) ومن كلا الجنسين وللعام الدراسي (2024-2025).

تحديد المصطلحات:

أولاً: تعريف اضطراب الصمت الانتقائي

يُعرف اضطراب الصمت الانتقائي بحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-5 بأنه:

"فشل دائم في التحدث في مواقف اجتماعية محددة (مثل: المدرسة)، حيث يُتوقع أن يتحدث الفرد، على الرغم من الحديث بطلاقة في مواقف أخرى (مثل: المنزل). ويجب أن يتعارض هذا الفشل في الكلام مع الإنجاز الأكاديمي أو الأداء الاجتماعي، ويستمر لمدة لا تقل عن شهر (ولا يقتصر على الأسابيع الأولى من المدرسة)". (American Psychiatric Association, 2013: 195).
ومن مراجعة ما ورد أعلاه، فقد تبني الباحث تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي A.P.A. (2013) لاضطراب الصمت الانتقائي

أما التعريف الإجرائي لاضطراب الصمت الانتقائي فهو: "الدرجة التي يحصل عليها المستجيب على مقياس اضطراب الصمت الانتقائي المستعمل في هذا البحث "

ثانياً: تعريف اضطراب الرهاب الاجتماعي

يعرف DSM-5 اضطراب الرهاب الاجتماعي بأنه:

"خوف أو قلق شديد من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية التي يكون الفرد فيها معرضاً لاحتمالية التدقيق أو المراقبة من الآخرين. ويخشى الفرد التصرف بطريقة قد تُقِيم بشكل سلبي (كأن يُنظر إليه على أنه مُحرج أو غريب). وتؤدي هذه الحالة إلى تجنب المواقف الاجتماعية أو تحملها تحت ضغط نفسي شديد، ويجب أن يكون الخوف غير متناسب مع التهديد الفعلي، وأن يستمر لمدة ستة أشهر على الأقل". (American Psychiatric Association, 2013: 202-203).

ومن مراجعة ما ورد أعلاه، فقد تبني الباحث تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي A.P.A. (2013) لاضطراب الرهاب الاجتماعي

أما التعريف الإجرائي لاضطراب الرهاب الاجتماعي فهو: "الدرجة التي يحصل عليها المستجيب على مقياس اضطراب الصمت الانتقائي المعد في هذا البحث "

ثالثاً: تعريف ذوي صعوبات التعلم

بحسب DSM-5، تعرّف صعوبات التعلم على النحو التالي:

" فئة تعليمية خاصة تتسم بوجود صعوبات مستمرة في مجالات مثل القراءة أو الكتابة أو الحساب، بالرغم من تلقي تعليم موجه ومناسب. وتشير الأدبيات النفسية إلى أن هذه الفئة أكثر عرضة للقلق الاجتماعي بسبب تراجع الثقة بالنفس، والتعرض للتقييم السلبي من قبل الزملاء والمعلمين (American Psychiatric Association, 2013: 66–71).

ومن مراجعة ما ورد أعلاه، فقد تبني الباحث تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي A.P.A. (2013) لذوي صعوبات التعلم.

إطار نظري ودراسات سابقة**أولاً: الإطار النظري:****لمحة عن اضطراب الصمت الانتقائي**

يرجع أول توثيق لمظاهر الصمت الانتقائي إلى نهاية القرن التاسع عشر، حيث وصف الطبيب الألماني أدولف كوسماول (Adolf Kussmaul) عام 1877 حالة يُطلق عليها Aphasia voluntaria، وهي حالة يمتنع فيها الطفل عن الكلام رغم قدرته اللغوية السليمة. هذا التوصيف كان البداية الأولية لملاحظة سلوكيات تشبه ما نعرفه اليوم بالصمت الانتقائي، إلا أنه لم يُصنّف كاضطراب مستقل بعد. (Krysanski, 2003: 28) وفي عام 1934، قدّم الطبيب النمساوي Moritz Tramer مصطلح Elective Mutism، ليصف الأطفال الذين يختارون الامتناع عن الكلام في مواقف محددة. وقد ساد هذا المصطلح لعقود، وكان يُفسّر ضمن الإطار التحليلي كآلية دفاعية تعكس التمرد أو العناد أو صراعاً داخلياً مع السلطة، وغالباً ما ارتبطت الحالة بسوء التكيف الأسري أو اضطرابات نفسية أخرى. لكن هذا التفسير تم مراجعته لاحقاً نظراً لافتقاده للأدلة السلوكية. (Cohan et al., 2006: 758)

وحتى أوائل التسعينيات، كان يُستخدم مصطلح Elective Mutism في الأدلة التشخيصية، وهو ما أُدرج في (DSM-III (1980)، إلا أن هذا المصطلح بدأ يُنتقد لأنه يوحي بأن الطفل "يختار عمداً" عدم الكلام. في (DSM-IV (1994) تم استبدال المصطلح بـ Selective Mutism، ليعكس فهماً أعمق بأن الطفل غير قادر نفسياً على الكلام في مواقف معينة، وليس ممتنعاً بدافع العناد. هذا التغيير كان محورياً في إعادة تصنيف الاضطراب ضمن اضطرابات القلق.

(American Psychiatric Association, 1994: 118)

ومع التقدم في الأبحاث خلال التسعينيات وما بعدها، أصبح من الواضح أن الصمت الانتقائي يرتبط بشكل وثيق باضطراب القلق الاجتماعي، بل يُعتبر شكلاً مبكراً منه في كثير من الحالات. أكدت الأبحاث أن أغلب الأطفال المصابين بالصمت الانتقائي يُظهرون مؤشرات عالية من القلق عند التحدث خارج نطاق الأسرة، وليس لديهم مشكلات لغوية أو عصبية. في (DSM-5 (2013) تم تصنيفه رسمياً ضمن اضطرابات القلق. (American Psychiatric Association, 2013: 195) ومنذ أوائل القرن الحادي والعشرين، تزايد الاهتمام بالعلاج النفسي السلوكي للصمت الانتقائي، لا سيما باستخدام تقنيات مثل التعريض التدريجي (Graduated Exposure)، والنمذجة (Modeling)، وتعزيز التواصل الإيجابي. كما تم تطوير بروتوكولات علاجية مخصصة مثل برنامج "Brave Buddies" وبرامج التدخل المدرسي. لم تعد الحالة تُفهم بوصفها اضطراباً سلوكياً عنادياً، بل أصبحت تُعالج على أنها اضطراب قلق يتطلب دعماً بيئياً وتدريباً.

وتشير دراسات حديثة إلى أن الصمت الانتقائي قد يتأثر بالسياق الثقافي والاجتماعي. ففي بعض الثقافات، يُشجّع الأطفال على الصمت والخجل في الأماكن العامة، ما قد يسهم في تأخر تشخيص

الحالة. كما أن ازدواج اللغة لدى الأطفال المهاجرين قد يُخطئ في تفسيره على أنه صمت انتقائي بينما هو تأخر طبيعي في التكيف اللغوي. هذه المعطيات أدت إلى تحسين أدوات التقييم لتكون أكثر شمولية ثقافية. (Kurtz, 2011: 93)

النظريات التي فسرت اضطراب الصمت الانتقائي

1. النظرية السلوكية (Behavioral Theory)

تُعد النظرية السلوكية من أولى النظريات التي فسرت اضطراب الصمت الانتقائي، حيث تراه ناتجاً عن تعزيز سلبي للسلوك التجنبي. يرى السلوكيون أن الطفل يكتسب سلوك الصمت في مواقف معينة بسبب القلق أو الإحراج، ومع مرور الوقت، يؤدي تجنبه للكلام إلى تقليل التوتر، ما يُعزز هذا السلوك. وبالتالي، يتعلم الطفل أن الصمت وسيلة لتجنب القلق المرتبط بالمواقف الاجتماعية أو التواصل مع الغرباء. وقد وُظفت هذه النظرية عملياً في تطوير تقنيات العلاج بالتعرض التدريجي والنمذجة والتعزيز الإيجابي (Krynski, 2003: 34)

2. النظرية المعرفية (Cognitive Theory)

تُرَكِّز النظرية المعرفية على الأنماط الفكرية السلبية والمشوهة التي تحفز الصمت الانتقائي. يُعتقد أن الطفل المصاب يحمل أفكاراً تلقائية مثل: "سوف أحرَج"، "سوف يسخر مني الآخرون"، "إذا تكلمت سأرتكب خطأ". هذه التوقعات المشوهة تثير استجابة قلق شديدة في المواقف الاجتماعية، ما يدفع الطفل إلى الصمت كآلية تجنب. وتُظهر الدراسات أن الأطفال المصابين بالصمت الانتقائي يعانون غالباً من تشوهات معرفية مشابهة لتلك الموجودة في اضطراب القلق الاجتماعي

(Shipon-Blum, 2012: 22)

3. النموذج السلوكي المعرفي (Cognitive-Behavioral Model)

يُدمج هذا النموذج بين الجانبين السلوكي والمعرفي، ويُعد من أكثر النماذج فاعلية في تفسير وعلاج الصمت الانتقائي. يرى هذا النموذج أن الطفل يتعلم الصمت كاستجابة لتفكير سلبي وللخوف من التقييم الاجتماعي، ويقوم بتعزيزه عبر التجنب والانسحاب. تُظهر حلقة الصمت الانتقائي على النحو التالي: الموقف الاجتماعي → القلق والتفكير السلبي → سلوك الصمت → تخفيف مؤقت للقلق → تعزيز السلوك الصامت. ويؤكد النموذج أن التدخل العلاجي يجب أن يستهدف كلاً من الأفكار المشوهة والسلوكيات التجنبية (Cohan et al., 2006: 743)

4. النظرية النفسية الدينامية (Psychodynamic Theory)

تتناول النظرية النفسية الدينامية الصمت الانتقائي من زاوية الصراعات اللاواعية. تفسر الصمت بأنه وسيلة دفاعية يستخدمها الطفل للتعامل مع مشاعر القلق أو الغضب المكبوتة، والتي قد تكون ناتجة عن علاقات أسرية مضطربة، أو تجارب مؤلمة لم تُعبر عنها المشاعر لفظياً. كما يمكن أن يعكس الصمت احتجاجاً لا واعياً ضد مطالب خارجية يشعر الطفل أنه غير قادر على تلبيتها. رغم أن هذه النظرية أقل شيوعاً في الممارسة الإكلينيكية الحديثة، إلا أنها تسهم في فهم

5. النظرية النمائية (Developmental Perspective)

تُسلط هذه النظرية الضوء على الصمت الانتقائي في إطار النمو الاجتماعي والانفعالي. وفقاً لهذا التفسير، فإن الصمت قد يظهر كنتيجة لتأخر في النمو العاطفي أو الاجتماعي، أو بسبب بطء في اكتساب المهارات التعبيرية، خاصة في حالات الأطفال الذين يعانون من اضطرابات لغوية خفيفة أو خجل مفرط منذ الصغر. كما أن أنماط التعلق القلقة (anxious attachment) مع الوالدين يمكن أن تسهم في تطور هذا الاضطراب. لذا، ترى هذه النظرية أن الصمت الانتقائي ناتج عن تفاعل معقد بين عوامل النضج والتجربة (Ford et al., 1998: 126)

6. النظرية البيولوجية العصبية (Neurobiological Theory)

تشير هذه النظرية إلى أن الصمت الانتقائي قد يكون ناتجاً عن اختلالات في الجهاز العصبي اللاإرادي أو في تنظيم الناقلات العصبية المرتبطة بالقلق، مثل السيروتونين والدوبامين. تُظهر دراسات التصوير العصبي أن الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يظهرون نشاطاً زائداً في اللوزة الدماغية (amygdala)، المرتبطة بمعالجة الخوف. كما لوحظ وجود روابط وراثية، حيث ينتشر القلق الاجتماعي أو الرهاب في تاريخ الأسرة، مما يشير إلى استعداد وراثي لظهور الصمت الانتقائي (Stein et al., 2011: 1056)

7. جمعية الطب النفسي الأمريكية (APA):

وُعد معايير الكراسة التشخيصية والاحصائية لجمعية الطب الأمريكية (DSM) باصداراتها الخمسة من اهم المؤسسات العلمية التي تُعتمد عالمياً في تشخيص وتحديد الاضطرابات النفسية والذهانية، وقد حددت اضطراب الصمت الانتقائي كأحد انواع اضطرابات القلق. وقد اوردت الجمعية اهم المعايير التي تشخص اضطراب الصمت الانتقائي وهي:

1. الفشل المتواصل في التحدث في مواقف اجتماعية محددة حيث يكون من المتوقع الحديث فيها مثل التحدث في المدرسة.

2. يؤثر الاضطراب على التحصيل التعليمي أو المهني أو التواصل الاجتماعي .

3. مدة الاضطراب لا تقل عن 1 شهر في اقل تقدير .

4. لا يرجع عدم الكلام إلى عدم القدرة على النطق أو التحدث باللغة المنطوقة في الوضع الاجتماعي الموجود فيه المضطرب .

5. لا يمكن تفسير الاضطراب بانه اضطراب التواصل أو اضطراب التوحد أو اضطراب الفصام أو اي اضطراب ذهاني آخر (A.P.A.).

ان الذين يعانون من هذا الاضطراب ينبغي ان يكونوا متقنين للغة التي يتحدث بها المجتمع المحيط اي قد يكونون مهاجرين ولا يتقن الفرد لغتهم . لذا ينبغي التقييم بشكل جيد لتشخيص الاضطراب من خلال المترربين على هذه عملية القياس. ونجد ان الافراد المصابين باضطراب الصمت الانتقائي يعانون على الاغلب من القلق الاجتماعي والفوبيا الاجتماعية والرهاب الاجتماعي . كما انهم يعانون غالباً من: (عدم وجود اتصال العين، التمسك الأهل، التخفي، الهروب، البكاء، جمود الحركة، نوبة الغضب إذا طلب منهم التحدث علانية، تجنب تناول الطعام في الأماكن العامة، قلق عند التقاط صورة أو فيديو، عدم استخدام الحمامات العامة) (ASHA).

وفقاً للدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5)، يُعرف الرهاب الاجتماعي بأنه اضطراب قلق يتميز بخوف مفرط من المواقف الاجتماعية أو من تقييم الآخرين. ويُعد من أكثر اضطرابات القلق شيوعاً بين الأطفال والمراهقين، خصوصاً لدى من يعانون من صعوبات تعلم أو مشكلات أكاديمية.

وفي ضوء المراجعة الخامسة للجمعية الأمريكية للطب النفسي لعام 2013 (DSM –V) حيث تم تحديد سبعة معايير تشخيصية لمقياس اضطراب الرهاب الاجتماعي ، صيغت في ضوء سبعة معايير وهذه المعايير هي:-

1 . خوف ملاحظ أو دائم في واحد أو أكثر المواقف الاجتماعية ، أي في موقف اداء يكون فيه الشخص متعرضاً الى الناس الغرباء والى ملاحظاتهم المحتملة ، حيث تعمل تلك على اثاره اعراض خوف الفرد ، والتي تكون محرجة ومذلة .

2 . جميع حالات التعرض الى المواقف الاجتماعية تقريبا تثير الخوف لدى الافراد ، والتي قد تأخذ شكل حالات معينة تميل الى نوبات من الهلع .

- 3 . يعرف الشخص أن خوفه المفرط غير معقول ، وهذه الملاحظة غائبة عن الاطفال .
 - 4 . يتجنب الفرد مواقف الاداء الاجتماعي المخيفة ، والتي يحتمل أن تثير فيه الخوف الحاد .
 - 5 . تجنب وتوخي حذر وضغط المواقف الاجتماعية التي تتداخل بشكل ملحوظ مع اعماله الاكاديمية والمهنية ونشاطاته وعلاقاته الاجتماعية .
 - 6 . يظهر لدى الافراد تحت سن 18 سنة ، وبمدة 6 أشهر على الاقل .
 - 7 . تظهر هذه الاعراض نتيجة اضطراب الحالة النفسية لدى الفرد وليس بسبب التأثيرات الفسيولوجية الناجمة عن عقار أو مرض معين (الجمعية الأمريكية للطب النفسي ، 1994) .
- وقد تبنى الباحث وجهة نظر الجمعية الأمريكية للطب النفسي

لمحة عن اضطراب الرهاب الاجتماعي

تعود جذور اضطراب الرهاب الاجتماعي إلى العصور القديمة، حيث وصف الفيلسوف الإغريقي ثيوفراستوس (Theophrastus) في كتابه "الشخصيات" شخصية "الرجل الخجول"، التي أظهرت سلوكيات قريبة جداً من تلك المرتبطة اليوم بالرهاب الاجتماعي، مثل تجنب التواصل البصري والتحدث بصوت منخفض. ورغم أن هذه الأوصاف لم تكن تُعتبر اضطراباً طبيياً في ذلك الوقت، إلا أنها تُعدّ من أولى المحاولات لفهم هذه الحالة كسمات نفسية مميزة.

(Marks, 1970: 12)

بدأ استخدام مصطلح "الرهاب الاجتماعي" كتشخيص طبي واضح في ستينيات القرن العشرين على يد الطبيب النفسي إسحاق ماركس (Isaac Marks)، الذي وصف بعض الحالات السريرية المرتبطة بالخوف من المواقف الاجتماعية. وفي الثمانينيات، قدّم الطبيب الأمريكي Michael Liebowitz تعريفاً أكثر دقة، حيث وضع مقياساً خاصاً بالرهاب الاجتماعي (LSAS)، ما ساهم في تطوير أدوات التشخيص. (Liebowitz, 1987: 142)

تم إدراج الرهاب الاجتماعي رسمياً في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الإصدار الثالث DSM-III عام 1980 بوصفه اضطراباً مميزاً ضمن اضطرابات القلق. ثم تطوّر التعريف في DSM-IV (1994)، وتم توسيعه بشكل أكبر في DSM-5 (2013) ليتضمن التأكيد على أن الاضطراب يؤدي إلى عجز كبير في الأداء الاجتماعي والمهني، ويفرق بين الخجل الطبيعي والاضطراب السريري.

(American Psychiatric Association, 1980: 224; APA, 2013: 202)

شهد اضطراب الرهاب الاجتماعي تطوراً سريعاً في البحث العلمي خلال التسعينيات وبداية الألفية الثالثة، خاصة مع الاهتمام بالعلاج المعرفي السلوكي (CBT) والعلاج الدوائي مثل مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية (SSRIs). أظهرت الدراسات أن معظم الحالات تبدأ في سن المراهقة، وتُعد من الاضطرابات المزمنة ما لم تتم معالجتها بشكل فعال.

(Hofmann & Bögels, 2006: 95; Stein & Stein, 2008: 1116)

مع تطور البحوث النفسية، ظهر اهتمام متزايد بالجوانب الثقافية للرهاب الاجتماعي. أظهرت دراسات متعددة أن مظاهر الرهاب تختلف بحسب الثقافة، ففي الثقافات الشرقية مثل اليابان، يرتبط الاضطراب أحياناً بمفاهيم مثل "تايجين كيوفوشو" (الخوف من إيذاء الآخرين اجتماعياً)، مما أظهر أهمية فهم السياق الثقافي لتشخيص وعلاج الاضطراب بدقة. (Stein & Stein, 2008: 1118)

النظريات التي فسّرت اضطراب الرهاب الاجتماعي

1. النظرية السلوكية (Behavioral Theory)

تفسّر النظرية السلوكية الرهاب الاجتماعي على أنه سلوك متعلّم من خلال عملية التعلم الشرطي. يقترح علماء النفس السلوكيون مثل واتسون وسكينر أن الفرد قد يتعلّم الخوف من المواقف الاجتماعية

بعد تعرضه لتجربة سلبية محرّجة أو مؤلمة اجتماعياً (مثل السخرية أو الفشل أمام الآخرين). بعد ذلك، تبدأ الاستجابات التجنبية في تعزيز نفسها، لأن تجنب الموقف يُقلل مؤقتاً من القلق، مما يعزز استمرار السلوك التجنّبي. كذلك، يُمكن أن يتشكل الرهاب من خلال التعلم بالملاحظة؛ أي ملاحظة ردود فعل الآخرين تجاه مواقف اجتماعية محرّجة. (Antony & Swinson, 2000: 45)

2. النظرية المعرفية (Cognitive Theory)

تعد من أهم النظريات المفسرة للرهاب الاجتماعي. وفقاً لهذه النظرية، لا يُعاني المصابون بالرهاب الاجتماعي من الموقف الاجتماعي بحد ذاته، بل من الافتراضات والأفكار السلبية التي يحملونها عن أنفسهم والآخرين. يرى كلارك وولز (Clark & Wells, 1995) أن الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب يكون لديهم تركيز مفرط على الذات، ويتوقعون أن الآخرين يلاحظون أخطاءهم، ويحكمون عليهم بقسوة. كما يبالغون في تقدير التهديد الاجتماعي ويقللون من كفاءتهم الاجتماعية. ينتج عن ذلك أنماط تفكير مشوهة مثل: التعميم الزائد، قراءة الأفكار، التفكير الكارثي.

(Clark & Wells, 1995: 71)

3. نموذج ريتشارد هايمبرغ (Heimberg's Model)

قام هايمبرغ (Heimberg, 1995) بتوسيع النظرية المعرفية من خلال تطوير نموذج يُدمج بين العوامل المعرفية والسلوكية. وفقاً له، تبدأ حلقة الرهاب الاجتماعي عندما يتعرض الشخص لموقف اجتماعي يُنظر إليه كتهديد، فيشعر بالقلق ويتجه إلى مراقبة ذاته ومراقبة الأعراض الجسدية التي يُعاني منها (كالتهرق أو الارتجاف)، فيؤدي ذلك إلى مزيد من القلق، ثم سلوكيات تجنبية أو دفاعية (كالتلعثم أو النظر للأرض). بعد الموقف، ينخرط الفرد في الاجترار الذهني السلبي، ما يعزز المعتقدات السلبية حول الذات. (Heimberg et al., 1995: 120)

4. النظرية النفسية الدينامية (Psychodynamic Theory)

ترى النظرية النفسية الدينامية أن الرهاب الاجتماعي ناتج عن صراعات لاواعية تنشأ غالباً في الطفولة، تتعلق بالخوف من الرفض أو عدم القبول من الآخرين. على سبيل المثال، قد يعاني الطفل من نقد مفرط من الوالدين، فيطوّر شعوراً بالدونية والخزي، يظهر لاحقاً في شكل قلق اجتماعي مفرط. وفقاً لفروود، يُمكن أن تكون هذه الصراعات نتيجة توتر بين الهو والأنا والأنا الأعلى. كذلك، يشير علماء النفس التحليليون إلى أن الرهاب الاجتماعي قد يعكس دفاعات نفسية مثل الإسقاط أو الانسحاب. (McWilliams, 2011: 155)

5. النظرية البيولوجية (Biological Theory)

تفترض هذه النظرية أن اضطراب الرهاب الاجتماعي له أساس وراثي ونفسي عصبي. تظهر الأبحاث أن هناك ميلاً وراثياً للإصابة بالقلق الاجتماعي، وأن أقارب الدرجة الأولى للمصابين يكونون أكثر عرضة للإصابة. كما تم ربط هذا الاضطراب بفرط نشاط اللوزة الدماغية (Amygdala)، وهي المنطقة المسؤولة عن معالجة التهديدات. إضافة إلى ذلك، تشير دراسات التصوير العصبي إلى وجود خلل في تنظيم السيروتونين والدوبامين لدى المصابين، وهو ما يُفسر استجابة بعضهم للعلاج الدوائي. (Stein & Stein, 2008: 1117)

الدراسات السابقة

الدراسات التي تناولت اضطراب الصمت الانتقائي

دراسة (Bergman, Piacentini, & McCracken (2002)

استهدفت تقدير نسبة انتشار الصمت الانتقائي في عينة مدرسية، ووصف الخصائص السريرية للأطفال المصابين. أجريت على 12,271 طفلاً من مدارس ابتدائية (مستوى ابتدائي في لوس أنجلوس، الولايات المتحدة). استعملت استبيانات للمعلمين، مقابلات مع أولياء الأمور، مراجعة ملفات

طبية/مدرسية استخدمت إحصاءات وصفية (النسب المئوية)، معاملات ارتباط لفحص العلاقات بين الصمت الانتقائي ومؤشرات أخرى. أشارت النتائج: معدل الانتشار بلغ 0.71%. معظم الأطفال أظهروا قلقاً اجتماعياً شديداً وصعوبات في التواصل اللفظي داخل البيئة الصفية.

(Bergman, Piacentini, & McCracken, 2002:938-946)

دراسة (Oerbeck et al. (2014)

استهدفت اختبار فاعلية تدخل معرفي سلوكي (CBT) يجمع بين المدرسة والمنزل لعلاج الصمت الانتقائي. أجريت على 24 طفلاً (5-12 سنة) موزعين عشوائياً لمجموعة تجريبية وضابطة. استعملت مقياس الصمت الانتقائي (Selective Mutism Questionnaire - SMQ)، تقييمات المعلمين والأهل، مقياس القلق الاجتماعي. استخدمت اختبار (t-test)، تحليل التباين للقياسات المتكررة (Repeated Measures ANOVA)، حجم الأثر (Effect size). أشارت النتائج: المجموعة التجريبية أظهرت تحسناً كبيراً في معدلات الكلام الوظيفي داخل المدرسة، واستمر التحسن بعد المتابعة (Oerbeck et al, 2014: 47-56).

دراسة (Oerbeck et al. (2018)

استهدفت دراسة نتائج العلاج المعرفي السلوكي بعد مرور 5 سنوات على تطبيقه. أجريت على 30 طفلاً ممن خضعوا للتدخل العلاجي السابق. استعملت استبيان الصمت الانتقائي (SMQ)، مقابلات متابعة مع الأهل والمعلمين. استعملت إحصاءات وصفية، تحليل انحدار للتنبؤ بالعوامل المرتبطة باستمرار الأعراض. أشارت النتائج 70% لم يعودوا يلَبُون معايير التشخيص بعد 5 سنوات. العوامل المتنبئة باستمرار الأعراض شدة القلق الاجتماعي في خط الأساس

(Oerbeck et al, 2018: 997-1009).

دراسة الناشى وناصر (2018)

استهدفت بناء مقياس اضطراب الصمت الانتقائي ومعرفة نسب انتشار اضطراب الصمت الانتقائي لدى تلاميذ الصف الأول الابتدائي من المرحلة الابتدائية، ومعرفة الفروق في اضطراب الصمت الانتقائي على وفق متغير النوع (ذكور-إناث)، وتكونت عينة البحث من (500) تلميذ موزعين بحسب متغير الجنس وبواقع (250) ذكراً و(250) إناثاً الدارسين في مدارس محافظة بغداد. ولقد تم اعداد مقياس اضطراب الصمت الانتقائي من خلال اتباع الاجراءات العلمية. وظهرت النتائج ان التلاميذ المصابين باضطراب الصمت الانتقائي يشكلون نسبة مقدارها (13%) من العينة في حين لم تكن هناك فروق دالة احصائياً بين الذكور والاناث في اضطراب الصمت الانتقائي

(الناشى وناصر، 2018: 1).

الدراسات التي تناولت اضطراب الرهاب الاجتماعي

دراسة (Furmark 2002)

استهدفت مراجعة الدراسات المجتمعية التي قدرت انتشار الرهاب الاجتماعي. وقد تم تجميع بيانات من دراسات مسحية متعددة (N الإجمالي < 40,000). استعملت مقابلات تشخيصية معيارية (CID, SCID). استعملت تلخيص وصفي وتحليل مقارن عبر الدراسات. أشارت النتائج ان معدل الانتشار يتراوح بين 7-13% عالمياً. بداية الأعراض في الطفولة/المراهقة، ونسبة أعلى بين الإناث (Furmark, 2002: 84-93).

دراسة (Kessler et al. (2005)

استهدفت تقدير مدى انتشار الاضطرابات النفسية وعمر بدايتها، بما فيها الرهاب الاجتماعي. أجريت على 9,282 مشاركاً من البالغين (تمثيل وطني في الولايات المتحدة). استعملت مقابلة تشخيصية

منظمة (Composite International Diagnostic Interview – CIDI). استعملت إحصاءات وصفية، تحليل البقاء (Survival analysis). اشارت النتائج ان معدل انتشار الرهاب الاجتماعي مدى الحياة بلغ 12.1%. متوسط عمر البداية 13 عاماً. ترافق عالياً مع الاكتئاب واضطرابات القلق الأخرى (Kessler et al., 2005:593-602).

دراسة (Hofmann & Smits (2008)

استهدفت تقييم فعالية العلاج السلوكي المعرفي (CBT) في اضطرابات القلق، بما فيها الرهاب الاجتماعي. اجريت على 27 دراسة تجريبية محكمة، شملت مئات المرضى (رهاب اجتماعي واضطرابات قلق أخرى). استعملت مقاييس قلق مختلفة (LSAS، Social Phobia Inventory – SPIN). استعملت التحليل البعدي (Meta-analysis)، معاملات حجم الأثر (Hedges' g). اشارت النتائج ان CBT أظهر فعالية كبيرة (حجم أثر متوسط كبير) مقارنة بالمجموعات الضابطة. التحسن كان أكثر وضوحاً في الرهاب الاجتماعي مقارنة باضطرابات أخرى.

(Hofmann & Smits, 2008:621-632)

دراسة (Stein & Stein 2008)

استهدفت مراجعة شاملة للتعريف، الانتشار، التشخيص، والعلاجات الدوائية والنفسية للرهاب الاجتماعي. اجريت مراجعة نظرية لدراسات وبحوث سابقة (ليست تجربة ميدانية). استعملت تحليل الأدبيات (Literature review). اشارت النتائج ان الرهاب الاجتماعي أحد أكثر اضطرابات القلق شيوعاً (انتشار 7-13%). CBT والأدوية (SSRIs) هي الخط الأول للعلاج. Stein & Stein (2008:1115-1125).

الفصل الثالث

إجراءات البحث

يتضمن هذا الفصل عرضاً للإجراءات التي يتطلبها البحث والتي يمكن من خلالها تحقيق أهدافه. أولاً: مجتمع البحث تكون مجتمع البحث من تلاميذ المرحلة الابتدائية ذوي صعوبات التعلم المسجلين في المدارس الابتدائية الحكومية للعام الدراسي 2024-2025 في مديرية تربية الكرخ الثالثة بمدينة بغداد، وبلغ عددهم (604) من التلامذة، منهم (368) ذكوراً و(236) إناثاً، موزعين على (57) مدرسة تحتوي على صف دراسي خاص.

ثانياً: عينة البحث تكونت عينة البحث من (118) تلميذاً و تلميذة من ذوي صعوبات التعلم من مجتمع البحث، تم اختيارهم بالطريقة العشوائية، حيث تم اختيار أربع مدارس عشوائياً، ومن كل مدرسة تم اختيار عدد من الطلاب ذوي صعوبات التعلم، بواقع 50 ذكوراً و50 إناثاً (انظر الجدول 1).

جدول (1) عدد التلاميذ (ذكوراً وإناثاً) موزعين حسب المدرسة والجنس.

المجموع	الإناث	الذكور	المدرسة
26	12	14	مدرسة السيدة سكيمة الابتدائية
35	17	18	مدرسة الامام علي الابتدائية
23	14	9	مدرسة التسامي الابتدائية
34	18	16	مدرسة التفاني الابتدائية
118	61	57	المجموع

ثالثاً :- ادوات البحث**اولاً: مقياس اضطراب الصمت الانتقائي**

استخدمت الباحث مقياس اضطراب الصمت الانتقائي الذي اعدته الباحثتان الناشي و ناصر (2018) في دراسة سابقة، وقد تألف المقياس من (28) فقرة صيغت في ضوء المراجعة الخامسة للجمعية الأمريكية للطب النفسي لعام 2013 (DSM -V) حيث تم تحديد اربعة معايير تشخيصية لمقياس اضطراب الصمت الانتقائي ، صيغت في ضوء اربعة معايير وهذه المعايير هي:-
1. عجز ثابت عن الكلام في مواقف اجتماعية محددة (حيث يُتوقع فيها الكلام مثل المدرسة) رغم أن الطفل يتكلم في مواقف أخرى .

2. يؤثر الاضطراب في الإنجازات العلمية أو المهنية أو في التواصل الاجتماعي.

3. مدة الاضطراب هي على الأقل شهر (لا تقتصر على الشهر الأول في المدرسة).

4. لا ينجم العجز عن انعدام المعرفة باللغة المنطوقة أو بالإحساس بالراحة معها وهو الأمر المطلوب في الموقف الاجتماعي.

صيغت فقرات مقياس اضطراب الصمت الانتقائي بالاتجاه الذي يقيس الاضطراب ، أما بدائل الاستجابة نحو مضمون الفقرة فهي (لا يعاني من المشكلة، يعاني بدرجة بسيطة، يعاني بدرجة شديدة اعطيت الاوزان (1، 2، 3) على التوالي لكل استجابة تنطبق على الفقرة علماً ان المقياس يجب عليه من قبل الام . ومن ثم يتم جمع الدرجات لتحديد الدرجة الكلية للمستجيب وفقاً لاختياراته والتي تتراوح بين (28) درجة حد أدنى و (84) درجة كحد أعلى لها وبمتوسط نظري مقداره (56) درجة .

صدق مقياس اضطراب الصمت الانتقائي

لقد تحققت الباحثتان الناشي و ناصر (2018) ، من صدق المقياس باستخراج الصدق الظاهري والصدق المنطقي لهذا المقياس . اما الصدق المنطقي فانه تحقق من خلال مدى تمثيل فقرات المقياس لمجال سلوكي معين . وقد عرضت المقياس مع التعريف على مجموعة من الخبراء لفحص المواقف منطقياً وتقدير تمثيلها للصفة المراد قياسها

أما في البحث الحالي ولغرض التحقق من الصدق الظاهري (Face Vaility) للمقياس، قام الباحث بعرض مقياس اضطراب الصمت الانتقائي (ملحق 1/) على لجنة من المحكمين ذوي الاختصاص في التربية الخاصة وعلم النفس (ملحق 2) لغرض بيان رأيهم في مدى صلاحية فقراته وقد اخذ الباحث نسبة اتفاق (80%) بين آراء الخبراء من المحكمين معياراً في قبول الفقرات المتضمنة في المقياس ، وهذا يعتبر معياراً مقبولاً يتم في ضوءه قبول فقرات المقياس او تعديلها. وقد تم قبول فقرات المقياس وفقاً لهذا المعيار .

ثبات مقياس اضطراب الصمت الانتقائي

وفي البحث الحالي لغرض استخراج ثبات مقياس اضطراب الصمت الانتقائي ، اعتمد الباحث على طريقة اعادة الاختبار (Test – Retest Method) وذلك بتطبيق المقياس على عينة عشوائية مؤلفة من (30) تلميذا وتلميذة تم اختيارهم عشوائياً وبعد مرور أسبوعين على التطبيق الأول أعاد الباحث تطبيق المقياس على نفس الأفراد، واستخرج معامل الثبات لمقياس اضطراب الصمت الانتقائي باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Person Correlation Coefficient) وقد بلغ الثبات المستخرج بهذه الطريقة (0.86) وهي قيمة عالية تعد مؤشراً لثبات المقياس .

ثانياً : مقياس اضطراب الرهاب الاجتماعي

اولاً :- صياغة الفقرات:- صيغت فقرات مقياس اضطراب الرهاب الاجتماعي في ضوء المراجعة الخامسة للجمعية الأمريكية للطب النفسي لعام 2013 (DSM -V) حيث تم تحديد سبعة معايير

تشخيصية لمقياس اضطراب الرهاب الاجتماعي ، صيغت في ضوء سبعة معايير وهذه المعايير هي:-

- 1 . خوف ملاحظ أو دائم في واحد أو أكثر المواقف الاجتماعية ، أي في موقف أداء يكون فيه الشخص متعرضا الى الناس الغرباء والى ملاحظاتهم المحتملة ، حيث تعمل تلك على اثاره اعراض خوف الفرد ، والتي تكون محرجة ومذلة .
- 2 . جميع حالات التعرض الى المواقف الاجتماعية تقريبا تثير الخوف لدى الافراد ، والتي قد تأخذ شكل حالات معينة تميل الى نوبات من الهلع .
- 3 . يعرف الشخص أن خوفه المفرط غير معقول ، وهذه الملاحظة غائبة عن الاطفال .
- 4 . يتجنب الفرد مواقف الاداء الاجتماعي المخيفة ، والتي يحتمل أن تثير فيه الخوف الحاد .
- 5 . تجنب وتوخي حذر وضغط المواقف الاجتماعية التي تتداخل بشكل ملحوظ مع اعماله الاكاديمية والمهنية ونشاطاته وعلاقاته الاجتماعية .
- 6 . يظهر لدى الافراد تحت سن 18 سنة ، وبمدة 6 أشهر على الاقل .
- 7 . تظهر هذه الاعراض نتيجة اضطراب الحالة النفسية لدى الفرد وليس بسبب التأثيرات الفسيولوجية الناجمة عن عقار أو مرض معين.

صيغت فقرات مقياس اضطراب الرهاب الاجتماعي بالاتجاه الذي يقيس الاضطراب ، أما بدائل الاستجابة نحو مضمون الفقرة فهي (لا يعاني من المشكلة، يعاني بدرجة بسيطة، يعاني بدرجة شديدة اعطيت الاوزان (1، 2، 3) على التوالي لكل استجابة تنطبق على الفقرة علما ان المقياس يجاب عليه من قبل الام . ومن ثم يتم جمع الدرجات لتحديد الدرجة الكلية للمستجيب وفقا لاختياراته والتي تتراوح بين (30) درجة حد أدنى و (90) درجة كحد اعلى لها وبمتوسط نظري مقداره (60) درجة .

ثانيا :- صلاحية الفقرات:- تم عرض فقرات مقياس اضطراب الرهاب الاجتماعي بصيغته الأولية على مجموعة من الخبراء المتخصصين في العلوم التربوية والنفسية، بلغ عددهم (10) خبرا لغرض الحكم على فقرات المقياس، وتحديد الصالح منها وغير الصالح، واجراء التعديل المناسب عليها ومدى ملاءمة بدائل الاجابة لفقرات المقياس، وتم اعتماد نسبة اتفاق نسبة 80% فأكثر على الفقرة لكي تعد صالحة ويتم الابقاء عليها في المقياس. وفي ضوء اراء الخبراء تم الابقاء على الفقرات جميعها إذ انها حصلت على نسبة اتفاق أكثر من 80% مع تعديل في صياغة بعض فقرات المقياس وبذلك اصبح المقياس بصيغته الاولية مكون من (30) فقرة .

ثالثا: التحليل الاحصائي لفقرات المقياس: لقد استخدم الباحث أسلوبين لتحليل الفقرات هما:- أ-حساب القوة التمييزية. لغرض التحقق من خاصية القوة التمييزية للفقرات تم اختيار عينة عشوائية من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم بلغ عددهم (150) تلميذا و تلميذة وهي ليست عينة التطبيق الرئيسية وقد رتبنا الدرجات التي حصل عليها الطلبة تنازليا، أي من أعلى درجة إلى أوطأ درجة. ومن ثم اختيرت نسبة 27% العليا والدنيا من الدرجات لتمثيل المجموعتين المتطرفتين واشتملت المجموعتان على (80) تلميذا و تلميذة بحيث ضمت كل مجموعة (40) تلميذا و تلميذة، ومن ثم استعمل الباحث الاختبار التائي (t-test) لعينتين مستقلتين، بهدف اختبار الفروق بين المجموعة العليا والمجموعة الدنيا لكل فقرة من فقرات المقياس، واعتبرت القيمة التائية مؤشراً لتمييز كل فقرة من خلال مقارنتها بالقيمة الجدولية وكانت جميع الفقرات مميزة عند مستوى دلالة (0.05) وبدرجة حرية (78) إذ كانت القيمة الجدولية (2.00) والجدول (2) يوضح ذلك

جدول (2) القيم التائية لفقرات مقياس اضطراب الرهاب الاجتماعي باستخدام أسلوب العينتين المتطرفتين

مستوى الدلالة	القيمة التائية المحسوبة	المجموعة الدنيا 27%		المجموعة العليا 27%		ت	مستوى الدلالة	القيمة المحسوبة	المجموعة الدنيا 27%		المجموعة العليا 27%		ت
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي				الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي			
دالة	3.403	.52563	1.9250	.52563	2.3250	16	دالة	6.562	.42290	1.9750	.52563	2.6750	1
دالة	3.916	.49614	1.9000	.47434	2.3250	17	دالة	6.666	.51578	1.8750	.49029	2.6250	2
دالة	2.606	.42290	2.0250	.51640	2.3000	18	دالة	6.159	.52563	1.9250	.49029	2.6250	3
دالة	4.098	.46340	1.8750	.46410	2.3000	19	دالة	4.309	.59914	2.0000	.59431	2.5750	4
دالة	3.702	.53048	1.7750	.72324	2.3000	20	دالة	7.071	.38481	1.8250	.54948	2.5750	5
دالة	3.574	.47434	1.9250	.46410	2.3000	21	دالة	4.870	.50637	2.0000	.50383	2.5500	6
دالة	2.280	.30382	2.1000	.46410	2.3000	22	دالة	4.971	.53048	1.9750	.50383	2.5500	7
دالة	2.578	.52563	1.9250	.67889	2.2750	23	دالة	4.315	.53048	1.9750	.50574	2.4750	8
دالة	3.907	.46340	1.8750	.45220	2.2750	24	دالة	4.919	.49614	1.9000	.50383	2.4500	9
دالة	2.841	.50383	1.9500	.43853	2.2500	25	دالة	3.775	.50637	2.0000	.50064	2.4250	10
دالة	3.343	.49614	1.9000	.43853	2.2500	26	دالة	3.726	.57679	1.9750	.50064	2.4250	11
دالة	4.135	.42667	1.8500	.43853	2.2500	27	دالة	2.983	.55238	1.9500	.77790	2.4000	12
دالة	3.528	.46340	1.8750	.42290	2.2250	28	دالة	4.488	.46340	1.8750	.48305	2.3500	13
دالة	3.649	.38481	1.8250	.57679	2.2250	29	دالة	3.916	.49614	1.9000	.47434	2.3250	14
دالة	2.781	.46340	1.8750	.50064	2.1750	30	دالة	2.177	.59914	2.0000	.72986	2.3250	15

ب- علاقة الفقرة بالدرجة الكلية تم استخراج معامل تمييز فقرات مقياس اضطراب الرهاب الاجتماعي باستخدام معادلة الارتباط بيرسون بين درجات الافراد على كل فقرة وبين درجاتهم الكلية على مقياس ولـ (150) استمارة وهي الاستمارات نفسها التي خضعت للتحليل بأسلوب العينتين المتطرفتين . وقد تبين ان جميع معاملات الارتباط كانت مميزة لدى مقارنتها بقيم معامل الارتباط الجدولية ، والجدول (3) يوضح ذلك

جدول (3) معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات مقياس اضطراب الرهاب الاجتماعي والدرجة الكلية عليه

معامل ارتباطها	ت	معامل ارتباطها	ت								
0.56	26	0.81	21	0.55	16	0.48	11	0.76	6	0.87	1
0.76	27	0.77	22	0.61	17	0.89	12	0.55	7	0.96	2
0.45	28	0.68	23	0.59	18	0.67	13	0.56	8	0.67	3
0.76	29	0.59	24	0.55	19	0.51	14	0.41	9	0.56	4
0.87	30	0.40	25	0.42	20	0.49	15	0.49	10	0.45	5

رابعاً:- تصحيح المقياس:- تكون مقياس اضطراب الرهاب الاجتماعي بصيغته النهائية من (30) فقرة امام كل منها ثلاثة بدائل هي (لا يعاني من المشكلة، يعاني بدرجة بسيطة، يعاني بدرجة شديدة اعطيت الاوزان (1، 2، 3) لل فقرات.

خامساً: مؤشر صدق المقياس يعد الصدق من الخصائص المهمة التي يجب مراعاتها في بناء المقاييس النفسية كما أن المقياس الصادق هو الذي يقيس فعلاً ما يدعي قياسه، أو يفترض أن تقيس فقراته أن أفضل طريقة في استخراج الصدق الظاهري ، هي عرض المقياس على مجموعة من الخبراء (المحكمين) للحكم على صلاحيتها في قياس الخاصية المراد قياسها . وقد تحقق هذا النوع من الصدق في مقياس اضطراب الرهاب الاجتماعي ، وذلك عندما عرضت فقرات المقياس على مجموعة من الخبراء لتقويمها وللحكم على صلاحية الفقرات والبدائل .

سادساً: مؤشر ثبات المقياس تم استخراج الثبات بطريقة إعادة الاختبار ولاستخراج الثبات بهذه الطريقة ، أعاد الباحث تطبيق المقياس على عينة من أفراد البحث بلغ عددها (30) مستجيباً ، وكانت المدة الزمنية بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني عشرة أيام ثم حسب بعد ذلك معامل بيرسون Pearson بين درجات الأفراد في التطبيقين وقد بلغ (0.81) لمقياس اضطراب الرهاب الاجتماعي ويمكن القول أن المقياس الحالية تتمتع بدرجة ثبات عالية.

رابعاً. التطبيق النهائي: بعد أن استكمل الباحث اعداد مقياس اضطراب الصمت الانتقائي ومقياس اضطراب الرهاب الاجتماعي بشكلها النهائي تم تطبيقها على عينة البحث التطبيقية والبالغة (118) تلميذ وتلميذة حيث تم اختيارهم بطريقة عشوائية، موزعين حسب النوع .

خامساً: الوسائل الإحصائية: لمعالجة البيانات الواردة في البحث استخدم الباحث الوسائل الاحصائية الآتية :

1. معامل ارتباط بيرسون لإيجاد الثبات للمقياس المستخدم في البحث والعلاقة بين المتغيرات .
2. الاختبار التائي لعينة واحدة لمقارنة الوسط المتحقق مع الوسط النظري لمقياس اضطراب الصمت الانتقائي ومقياس اضطراب الرهاب الاجتماعي.
3. الاختبار التائي لعينتين مستقلتين للكشف عن القوة التمييزية لمتغيرات البحث والكشف عن الفروق في متغير النوع (ذكور-اناث) .

الفصل الرابع /نتائج البحث

أولاً : عرض النتائج ومناقشتها : وسيكون عرض النتائج على النحو الآتي:

1. التعرف على اضطراب الصمت الانتقائي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم لغرض تعرف نسبة اضطراب الصمت الانتقائي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم فإن ذلك يتطلب حساب درجات التلاميذ على مقياس اضطراب الصمت الانتقائي ولقد بلغ عدد التلاميذ الذين كانت درجاتهم اعلى من المتوسط الفرضي للمقياس البالغ (56) بلغ عددهم (101) تلميذ وتلميذة من اصل عدد العينة الكلي (118) ولتحقق من كون هؤلاء التلاميذ يعانون من اضطراب الصمت الانتقائي فقد استخراج الوسط الحسابي لعينة المصابين بهذا الاضطراب والذين تحقق لديهم وجود اكثر من نصف المعايير (69.1682) وانحراف معياري (6.67094) بينما كان الوسط الفرضي (56) ، وبعد تطبيق الاختبار التائي لعينة واحدة تبين ان القيمة التائية المحسوبة كانت (19.838) وهي ذات دلالة عند مستوى (0.05) ودرجة حرية(100) مما يشير إلى ان التلاميذ الذين درجاتهم اعلى من المتوسط الفرضي هم من المصابين بهذا الاضطراب وجدول (4) يوضح ذلك .

جدول (4) الاختبار التائي لدلالة الفروق بين متوسط درجات اضطراب الصمت الانتقائي والمتوسط الفرضي للعينة

نوع العينة	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الفرضي	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة 0.05
تلاميذ ذوي صعوبات تعلم	101	69.1682	6.67094	56	19.838	1.960	ذات دلالة

يوضح الجدول (4) نتائج اختبار "ت" (T-Test) الذي أُجري لقياس دلالة الفروق بين متوسط درجات اضطراب الصمت الانتقائي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم (ن = 101)، وبين المتوسط الفرضي للمجتمع الأصلي، والمحدد بـ (56). بحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-5 الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، يُعرف اضطراب الصمت الانتقائي بأنه "عجز دائم عن الكلام في مواقف اجتماعية محددة (مثل المدرسة)، رغم قدرة الطفل على التحدث بشكل طبيعي في مواقف أخرى (مثل المنزل)، ويُعد من اضطرابات القلق الشديدة التي تؤثر في الأداء الاجتماعي والأكاديمي للفرد". وبالاستناد إلى نتائج الجدول، يتضح أن التلاميذ ذوي صعوبات التعلم يعانون من مستويات مرتفعة من أعراض اضطراب الصمت الانتقائي، بشكل دال إحصائيًا، مقارنةً بالمتوسط الفرضي. وهذا يُشير إلى أن هذه الفئة من التلاميذ قد تكون أكثر عرضة للإصابة بهذا الاضطراب، نتيجة التحديات التعليمية والاجتماعية التي يواجهونها داخل البيئة المدرسية، مثل صعوبة التواصل، وانخفاض تقدير الذات، والقلق الاجتماعي.

2. تعرف الفروق في اضطراب الصمت الانتقائي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم على وفق متغير النوع (ذكور-إناث).

كان الوسط الحسابي لعينة الذكور من ذوي صعوبات التعلم على مقياس الصمت الانتقائي (69.7091) والانحراف المعياري (7.17421) بينما كان الوسط الحسابي لعينة الإناث على نفس المقياس (68.02860) والانحراف المعياري (6.02860) وبعد تطبيق الاختبار التائي لعينتين مستقلتين تبين أن القيمة التائية المحسوبة (0.809)، وهي غير ذات دلالة معنوية عند مستوى (0.05) ودرجة حرية (99) مما يشير إلى أنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث في اضطراب الصمت الانتقائي وجدول (5) يوضح ذلك.

جدول (5) الاختبار التائي لدلالة الفروق بين متوسطي درجة اضطراب الصمت الانتقائي على وفق متغير النوع

الجنس	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة 0.05
ذكور	55	69.7091	7.17421	0.809	1.984	غير ذات دلالة
إناث	46	68.02860	6.02860			

وفقاً لما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5)، فإن اضطراب الصمت الانتقائي يُعد من اضطرابات القلق، ولا توجد إشارات قاطعة في الدليل على أن النوع (الجنس) يمثل عاملاً حاسماً في شدة أو تكرار الإصابة بهذا الاضطراب.

وتتسق نتائج هذا الجدول مع هذا التوجه؛ حيث أظهرت البيانات عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات اضطراب الصمت الانتقائي بين الذكور والإناث. وبذلك، يُمكن القول إن النوع لا يُعد متغيراً مؤثراً في مستوى الصمت الانتقائي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم في العينة المدروسة.

3. التعرف على اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم

كان الوسط الحسابي على مقياس اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم (67.7921) وانحراف معياري (13.19797) بينما كان الوسط الفرضي (60)، وبعد تطبيق الاختبار التائي لعينة واحدة تبين ان القيمة التائية المحسوبة كانت (5.933) وهي ذات دلالة عند مستوى (0.05) ودرجة حرية (100)، مما يشير إلى ان التلاميذ ذوي صعوبات تعلم من المصابين باضطراب الصمت الانتقائي يعانون ايضا من اضطراب الرهاب الاجتماعي، وجدول (6) يوضح ذلك.

جدول (6) الاختبار التائي لدلالة الفروق بين متوسط درجات اضطراب الرهاب الاجتماعي والمتوسط الفرضي للعينة

نوع العينة	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الفرضي	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة 0.05
تلاميذ ذوي صعوبات تعلم	101	67.7921	13.19797	60	5.933	1.960	ذات دلالة

وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5)، يُعرف الرهاب الاجتماعي (Social Anxiety Disorder) بأنه اضطراب قلق يتميز بخوف مفرط من المواقف الاجتماعية أو من تقييم الآخرين. ويُعد من أكثر اضطرابات القلق شيوعاً بين الأطفال والمراهقين، خصوصاً لدى من يعانون من صعوبات تعلم أو مشكلات أكاديمية.

تشير نتائج الجدول إلى أن تلاميذ ذوي صعوبات التعلم في العينة المدروسة يعانون من مستويات مرتفعة من أعراض الرهاب الاجتماعي، مقارنة بالمستوى الفرضي المتوقع. وهذا الارتفاع دالّ إحصائياً، مما يُعزز الفرضية القائلة بأن صعوبات التعلم قد تُعد عاملاً خطراً مرتبطاً بزيادة القلق الاجتماعي، نتيجة للتحديات اليومية التي يواجهها التلاميذ في المواقف الصفية والتفاعلات الاجتماعية داخل البيئة المدرسية.

4. تعرف الفروق في اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم على وفق متغير النوع (ذكور-إناث).

كان الوسط الحسابي لعينة الذكور من ذوي صعوبات التعلم على مقياس اضطراب الرهاب الاجتماعي (69.7091) والانحراف المعياري (7.17421) بينما كان الوسط الحسابي لعينة الإناث على نفس المقياس (68.02860) والانحراف المعياري (6.02860) وبعد تطبيق الاختبار التائي لعينتين مستقلتين تبين ان القيمة التائية المحسوبة (0.809)، وهي غير ذات دلالة معنوية عند مستوى (0.05) ودرجة حرية (99) مما يشير إلى انه لا توجد فروق بين الذكور والإناث في اضطراب الصمت الانتقائي وجدول (7) يوضح ذلك.

جدول (7) الاختبار التائي لدلالة الفروق بين متوسطي درجة اضطراب الرهاب الاجتماعي على وفق متغير النوع

الجنس	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة 0.05
ذكور	55	65.0545	13.85830	2.329	1.984	ذات دلالة
إناث	46	71.0652	11.68361			

تُظهر نتائج الجدول (7) وجود فرق دال إحصائياً في مستوى الرهاب الاجتماعي بين الذكور والإناث، لصالح الإناث، حيث سجّلت الإناث متوسطاً أعلى دلالة على مستويات مرتفعة من القلق الاجتماعي. ووفقاً لما ورد في DSM-5 الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، فإن الرهاب الاجتماعي يُعد أكثر شيوعاً لدى الإناث، ويرتبط بعوامل بيولوجية ونفسية واجتماعية تجعل النساء أكثر حساسية للتقييم الاجتماعي وأكثر عرضة للقلق في المواقف التفاعلية، مما يُفسر الفروق الظاهرة في النتائج.

4. التعرف على طبيعة العلاقة بين اضطراب الصمت الانتقائي و اضطراب الرهاب الاجتماعي

سعى الباحث إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين اضطراب الصمت الانتقائي (Selective Mutism) واضطراب الرهاب الاجتماعي (Social Anxiety Disorder) ، وذلك باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient) بوصفه أداة إحصائية لقياس قوة العلاقة واتجاهها بين المتغيرين. وأظهرت النتائج أن: معامل الارتباط بلغ ($r = 0.81$) ، وهو ارتباط موجب قوي ودال إحصائياً، مما يشير إلى وجود علاقة ارتباطية قوية بين الاضطرابين. وبحسب الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) ، فإن: الصمت الانتقائي هو اضطراب قلق يُصنّف ضمن اضطرابات القلق في DSM-5، ويظهر عادة في مرحلة الطفولة، ويتميز بعدم قدرة الطفل على التحدث في مواقف اجتماعية محددة رغم تمكنه من التحدث في مواقف أخرى. والرهاب الاجتماعي أيضاً هو اضطراب قلق، ويتميز بالخوف الشديد والمستمر من التفاعل أو الأداء أمام الآخرين. تشير الجمعية إلى أن الكثير من حالات الصمت الانتقائي تُعد بمثابة أحد أشكال الرهاب الاجتماعي الطفولي المبكر ، وغالباً ما يتطور إلى رهاب اجتماعي في مراحل لاحقة من النمو.

أولاً: الاستنتاجات

1. ارتفاع نسبة اضطراب الصمت الانتقائي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أظهرت النتائج أن عدداً كبيراً من التلاميذ (101 من أصل 118) يعانون من اضطراب الصمت الانتقائي بدرجات تفوق المتوسط الفرضي، ما يدل على أن هذا الاضطراب شائع بين هذه الفئة بدرجة دالة إحصائياً.
2. عدم وجود فروق دالة إحصائياً في الصمت الانتقائي تبعاً للجنس : لم تُظهر النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستوى اضطراب الصمت الانتقائي، مما يشير إلى أن النوع لا يؤثر بشكل ملحوظ على ظهور هذا الاضطراب في العينة المدروسة.
3. ارتفاع مستويات اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أظهرت النتائج أن التلاميذ يعانون من درجات مرتفعة في الرهاب الاجتماعي مقارنة بالمتوسط الفرضي، وهو ما يدل على وجود معاناة فعلية من هذا الاضطراب داخل هذه الفئة.
4. وجود فروق دالة في الرهاب الاجتماعي لصالح الإناث تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستوى الرهاب الاجتماعي، حيث كانت درجات الإناث أعلى، مما يشير إلى أن الإناث أكثر تأثراً بهذا الاضطراب.
5. وجود علاقة ارتباط قوية بين اضطراب الصمت الانتقائي واضطراب الرهاب الاجتماعي: أظهرت نتائج معامل ارتباط بيرسون ($r = 0.81$) وجود علاقة موجبة قوية بين الاضطرابين، مما يدل على أن التلميذ المصاب بأحدهما غالباً ما يعاني من الآخر.

ثانياً: التوصيات

1. ضرورة إجراء فحوصات نفسية دورية للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم للكشف المبكر عن اضطرابات القلق، وخاصة الصمت الانتقائي والرهاب الاجتماعي، وتقديم الدعم النفسي الملائم لهم.
2. توفير برامج تدريبية للمعلمين والمرشدين التربويين لتمكينهم من التعرف على أعراض اضطرابات الرهاب الاجتماعي و الصمت الانتقائي لدى التلاميذ، والتعامل معها بفعالية داخل البيئة الصفية.
3. تعزيز البيئة الصفية الداعمة نفسياً واجتماعياً للحد من مشاعر القلق والخوف لدى التلاميذ، وتهيئة أجواء تشجع على التفاعل والمشاركة دون ضغط.
4. تصميم برامج إرشادية وعلاجية فردية وجماعية للتلاميذ المصابين، تستهدف خفض مستوى الرهاب الاجتماعي وتحسين مهارات التواصل الاجتماعي لديهم.
5. التركيز على الإناث بشكل خاص في البرامج الإرشادية نظراً لارتفاع نسبة الإصابة بالرهاب الاجتماعي لديهن، وتقديم دعم نفسي واجتماعي مخصص.

ثالثاً: المقترحات

1. إجراء دراسات مشابهة على مراحل دراسية أخرى (كالمرحلة المتوسطة أو الثانوية) للتعرف على امتداد أو تطور هذه الاضطرابات مع تقدم العمر.
2. التحقق من العلاقة بين اضطراب الرهاب الاجتماعي و الاضطرابات الأخرى (مثل اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، أو صعوبات القراءة والكتابة).
3. إجراء دراسات مقارنة بين التلاميذ ذوي صعوبات التعلم وغيرهم في البيئة التعليمية نفسها، للتحقق من الفروق في معدلات الإصابة باضطراب الرهاب الاجتماعي
4. دراسة أثر التدخلات النفسية والسلوكية في تقليل أعراض الصمت الانتقائي والرهاب الاجتماعي لدى هذه الفئة، من خلال تجريب نماذج إرشادية مثل العلاج السلوكي المعرفي.
5. دراسة دور الأسرة والبيئة المنزلية في تطور اضطراب الصمت الانتقائي، والتعرف على مدى تأثير العلاقات الأسرية والدعم العائلي في التخفيف من حدة هذه الاضطرابات.

المصادر

1. الناشي، وجدان عبد الامير ثبيت و ناصر. أشواق صبر (2018) **قياس اضطراب الصمت الانتقائي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية**، مجلة كلية التربية الأساسية، م 24، العدد 102، 1-28
2. American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC: Author.
3. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
4. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
5. Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2000). Phobic disorders and panic in adults: A guide to assessment and treatment. American Psychological Association.
6. Bergman, R. L., Piacentini, J., & McCracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. Journal of the

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41(8), 938–946.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200208000-00018>

7. Black, B., & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 847–856.

8. Capozzi, F., Mazzeschi, C., & Santamaria, F. (2018). Selective mutism: A review of etiology, diagnosis, and treatment. *Psychology Research and Behavior Management*, 11, 71–79.

9. Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg et al. (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93). Guilford Press.

10. Cohan, S. L., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2006). Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(7), 737–747.

11. Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: A controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(6), 645–653.

12. Furmark, T. (2002). Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(2), 84–93.
<https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.1r103.x>

13. Gilbert, P. (2001). Evolution and social anxiety: The role of attraction, social competition, and social hierarchies. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24(4), 723–751.

14. Heimberg, R. G., Brozovich, F. A., & Rapee, R. M. (1995). A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder. In R. G. Heimberg et al. (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 113–136). Guilford Press.

15. Hofmann, S. G., & Bögels, S. M. (2006). Social anxiety disorder: An overview of research and treatment. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(2), 94–113.

16. Hofmann, S. G., & Smits, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 621–632.
<https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0415>

17. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>

18. Kristensen, H. (2001). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(3), 240–246.
19. Krynski, V. L. (2003). A brief review of selective mutism literature. *The Journal of Psychology*, 137(1), 29–40.
20. Kurtz, L. A. (2011). *Understanding and treating selective mutism: A behavioral approach*. Jessica Kingsley Publishers.
21. Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141–173. <https://doi.org/10.1159/000414022>
22. Marks, I. M. (1970). *Fears and phobias*. Academic Press.
23. McInnes, A., Fung, D., Manassis, K., Fiksenbaum, L., & Tannock, R. (2004). Narrative skills in children with selective mutism: An exploratory study. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 13(2), 173–181.
24. McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2nd ed.). Guilford Press.
25. Oerbeck, B., Stein, M. B., Pripp, A. H., & Kristensen, H. (2018). Long-term outcomes after cognitive behavioral therapy for selective mutism: A 5-year follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(8), 997–1009. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1087-2>
26. Oerbeck, B., Stein, M. B., Wentzel-Larsen, T., Langsrud, Ø., & Kristensen, H. (2014). A randomized controlled trial of a home- and school-based cognitive behavioral intervention for children with selective mutism. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 47–56. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.003>
27. Shipon-Blum, E. (2012). *Understanding selective mutism: A guide for parents, teachers and treating professionals*. SMG Press.
28. Stein, M. B., & Stein, D. J. (2001). Social anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(10), 1058–1066.
29. Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371(9618), 1115–1125. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60488-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60488-2)
30. Vecchio, J. L., & Kearney, C. A. (2005). Selective mutism in children: Comparison to youth with and without anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(3), 133–144.

Selective Mutism and its Relationship to Social Phobia in Students with Learning Disabilities from a Mother's Perspective

Abstract:

The current study aimed to identify selective mutism in students with learning disabilities and to identify differences in selective mutism among students with learning disabilities according to gender (male-female). To identify social phobia disorder among students with learning difficulties and to identify the differences in social phobia disorder among students with learning difficulties according to the gender variable (males - females). To identify the nature of the relationship between selective mutism disorder and social phobia disorder. The research was conducted on a sample of (118) students with learning difficulties in the primary stage studying in Baghdad Governorate schools affiliated with the Third Karkh Directorate, whose ages ranged from (7-9) and of both sexes for the academic year (2024-2025). The researcher adopted the Al-Nashi and Nasser scale (2018) and constructed a social phobia disorder scale and extracted its psychometric properties. The results showed: 1. A large number of students (101 out of 118) suffer from selective mutism disorder with scores exceeding the hypothetical average. 2. There are no statistically significant differences in selective mutism according to gender. 3. That students suffer from high scores in social phobia compared to the hypothetical average. 4. There were significant differences in social phobia in favor of females. Pearson's correlation coefficient ($r = 0.81$) indicated a strong positive relationship between the two disorders. **Keywords:** selective mutism, social phobia, people with learning disabilities